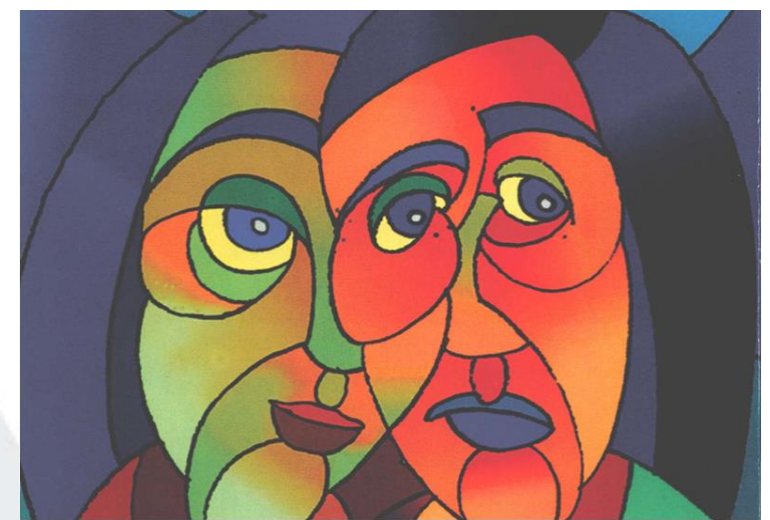




Bipolare Störung: Medikamente und Psychotherapie

Dr. med. Dr. phil. Eva Friedel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Campus Mitte,
Charité Universitätsmedizin Berlin



- Keine Industriebeziehungen/ No conflict of Interest

- Grundlagen
 - Symptomatik
 - diagnostische Kriterien
 - Typen bipolarer Störungen

- Pharmakotherapie
 - Pharmakotherapie der akuten Manie
 - Pharmakotherapie der akuten Depression
 - Phasenprophylaxe

- Psychotherapie
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Metakognitives Training
 - Familienfokussierte Therapie

MANIE

Stimmungshoch oder gereizte Stimmung

Euphorie oder Dysphorie

Beschleunigung und Erregung psychischer Abläufe:
Denken, Sprache, Motorik

Vermehrtes Risikoverhalten, übertriebene Unternehmungslust,
verstärktes Kontaktbedürfnis, kurzschlüssig-unüberlegtes
Verhalten, Impulsivität, Aggressivität

Antriebssteigerung, Energieüberschuss, Beschäftigungsdrang
vermehrte Kreativität, vermindertes Schlafbedürfnis

Gesteigertes Selbstbewusstsein, Größenideen / Größenwahn

Depressive Stimmung

Gefühl der Gefühllosigkeit, Ängste, Pessimismus

Verlangsamung / Hemmung psychischer Abläufe:
Denken, Sprache, Motorik

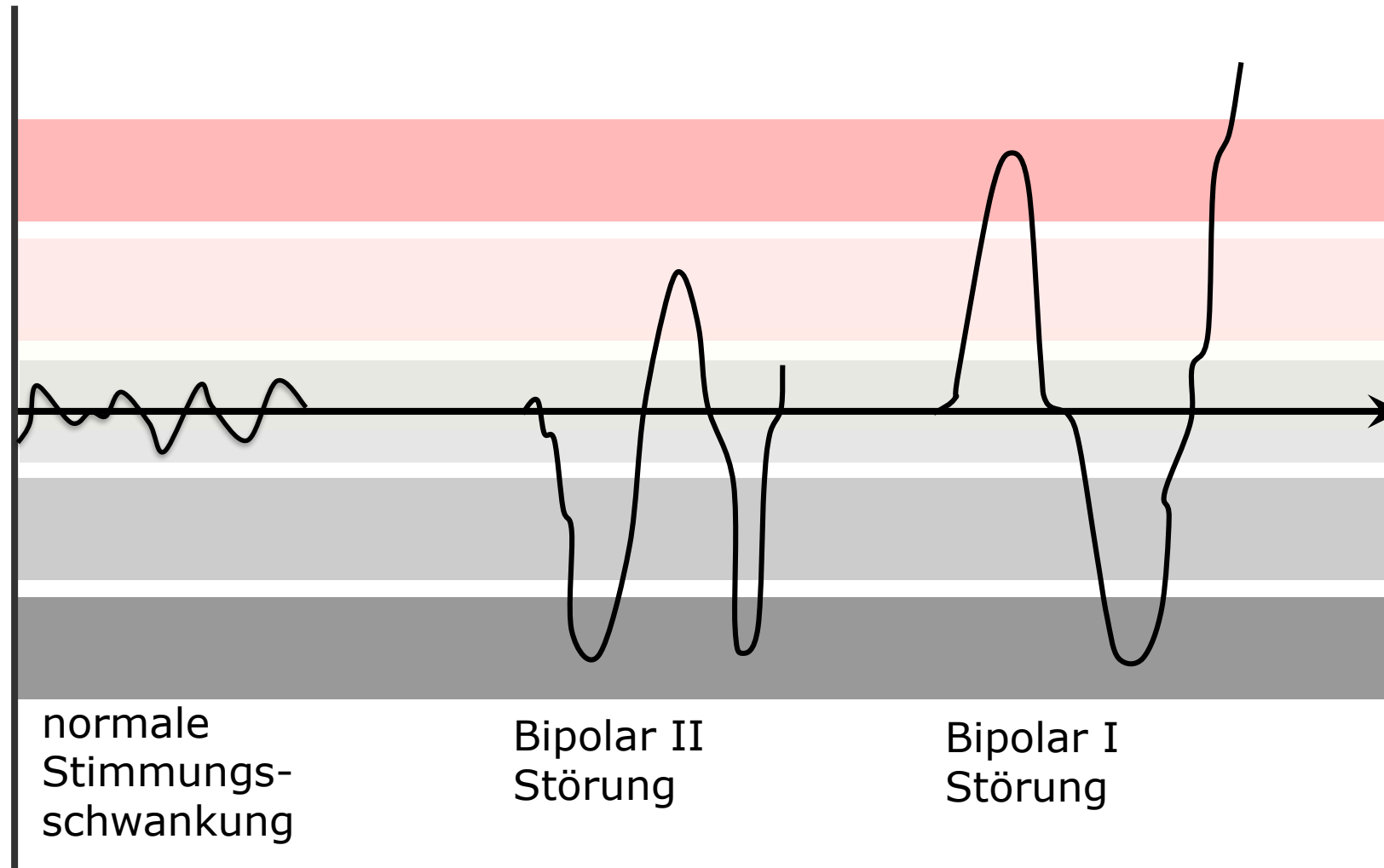
Rückzugsverhalten, Interessenlosigkeit,
Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen

Antriebsmangel, Energielosigkeit

Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle, Suizidalität

Schlafstörungen oder vermehrtes Schlafbedürfnis,
Früherwachen, Morgentief

DEPRESSION



nach Goodwin et al. Manic-depressive illness. Oxford: Oxford University Press 1990

TABELLE 2

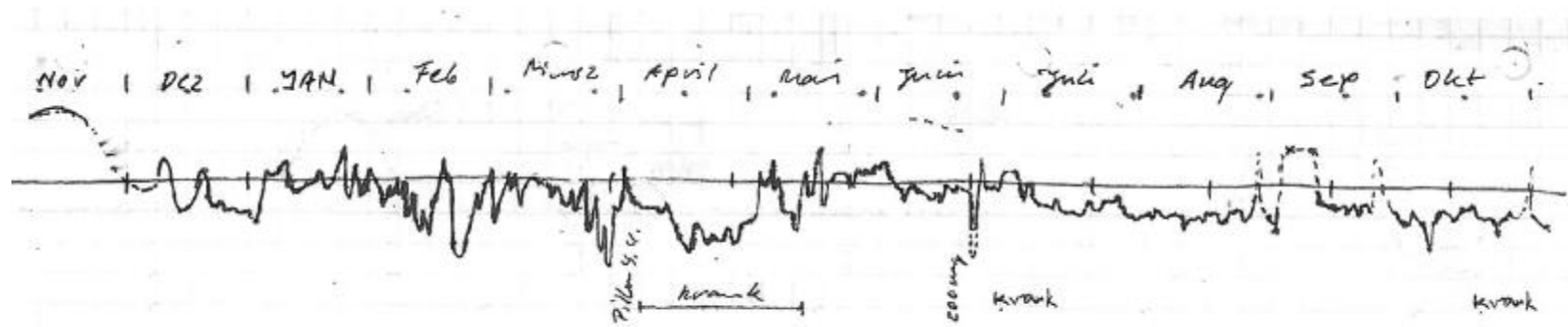
Klinisch-diagnostische Episodenbeschreibung nach ICD-10

Episode	Dauer	Hauptsymptome	Anzahl notwendiger Symptome
manisch	≥ 1 Woche	gehobene, expansive oder gereizte Stimmung	3 von 9 weiteren Symptomen (4, falls Hauptsymptom „gereizte“ Stimmung) Weitere Symptome: Antriebssteigerung, Rededrang, Ideenflucht, reduzierte soziale Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, riskantes Verhalten, gesteigerte Libido
hypomanisch	≥ 4 Tage	gehobene oder gereizte Stimmung	3 von 7 weiteren Symptomen (gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit, gesteigerte Gesprächigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte Libido, übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten, gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit)
depressiv	≥ 2 Wochen	depressive Stimmung, Interessenverlust, Antriebsminderung	4 von 10 (davon mind. 2 Hauptsymptome) Weitere Symptome: Selbstwertverlust, unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod bzw. Suizidalität, kognitive Defizite, psychomotorische Veränderungen, Schlafstörungen, Appetitstörungen
gemischt	≥ 2 Wochen	depressive und (hypo)manische Symptome gemischt oder wechselnd	Keine Angabe

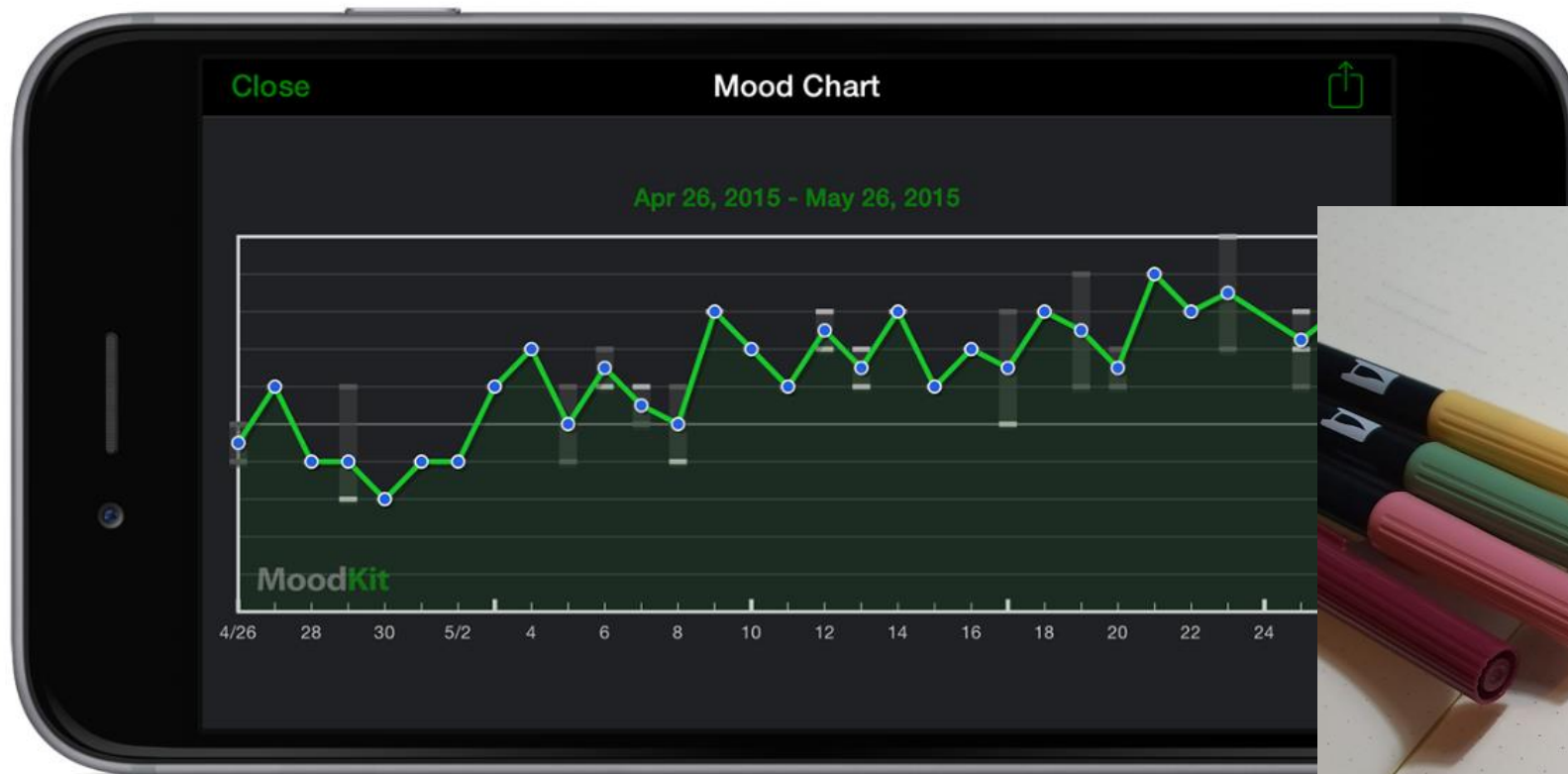
Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ Bipolar I: 1 %▪ Bipolar II: 1,1 %▪ Bipolare Störungen gesamt: 3,9–4,4 %
Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ 2.8 %
Geschlechterverhältnis	<ul style="list-style-type: none">▪ Bipolar I: m = w▪ Bipolar II: w > m
Erkrankungsalter	<ul style="list-style-type: none">▪ Bipolar I: im Durchschnitt 18,2 Jahre bei Ausbruch▪ Bipolar II: im Durchschnitt 23,3 Jahre bei Ausbruch
Wichtige Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">▪ Angststörungen: 30 % (Punktprävalenz); 42–56 % (Lebenszeitprävalenz)▪ Substanzmissbrauch: 4-13 % (Punktprävalenz); 15–72 % (Lebenszeitprävalenz)▪ Persönlichkeitsstörungen: 30–50 %▪ ADHS (Lebenszeitprävalenz bei Erwachsenen): 9,5 %
Erblicher Faktor	<ul style="list-style-type: none">▪ Erstgradige Verwandte von Patienten: Risiko 10-fach

- Symptomspektrum erfassen:
Emotionalität, Kognition, Motorik/Verhalten
- Kein zu enges diagnostisches Zeitfenster wählen
 - Bipolare Störung ist eine Längsschnittdiagnose
 - Am besten: Angehörige befragen, um Informationen zu gewinnen
- Fremdbeurteilungs- und Selbstbeurteilungsinstrumente zur Sicherung der Diagnose
- Bildgebende Diagnostik des Gehirns zum Ausschluss somatischer Ursachen

Lifechart (prospektiv)



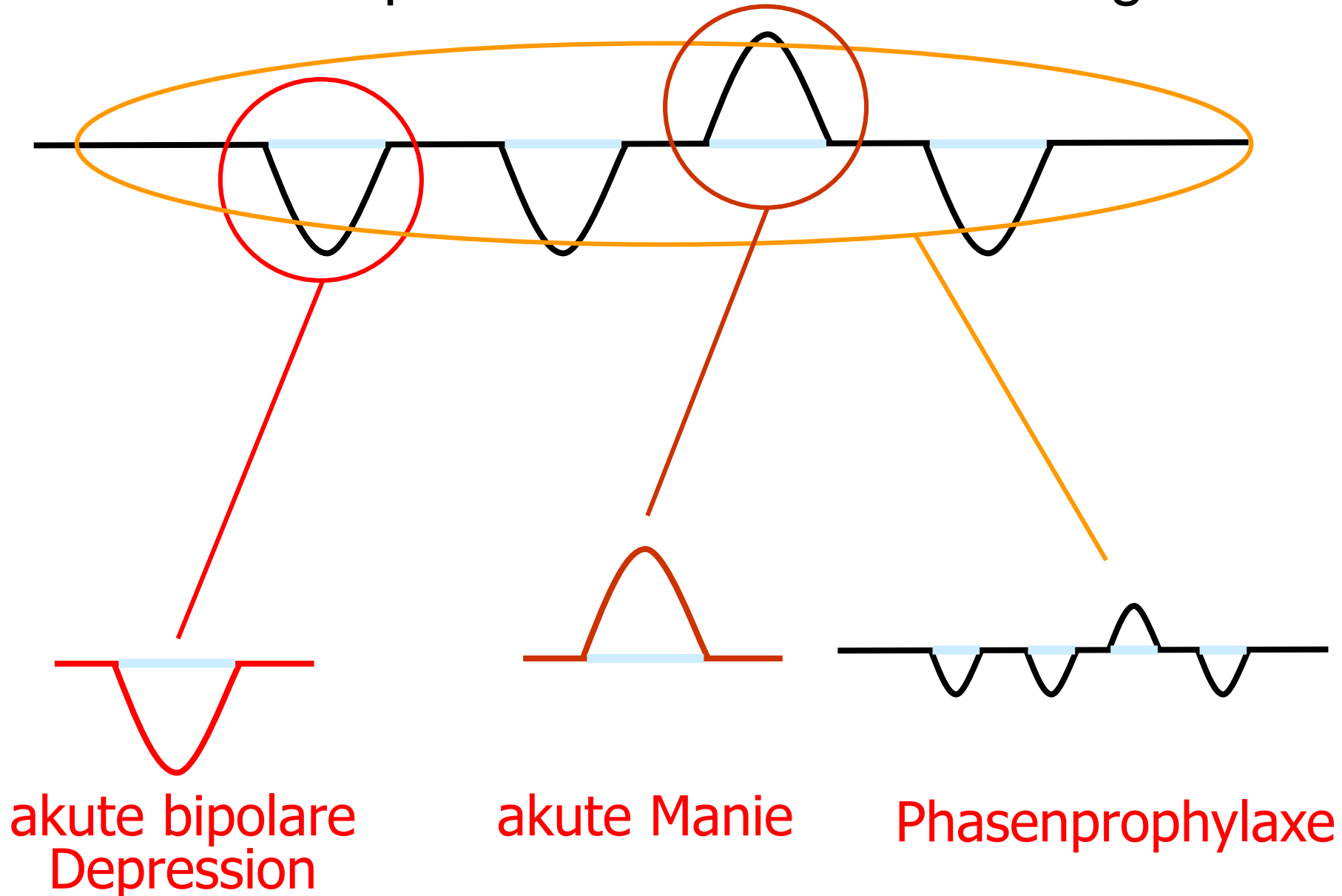
Stimmungskalender

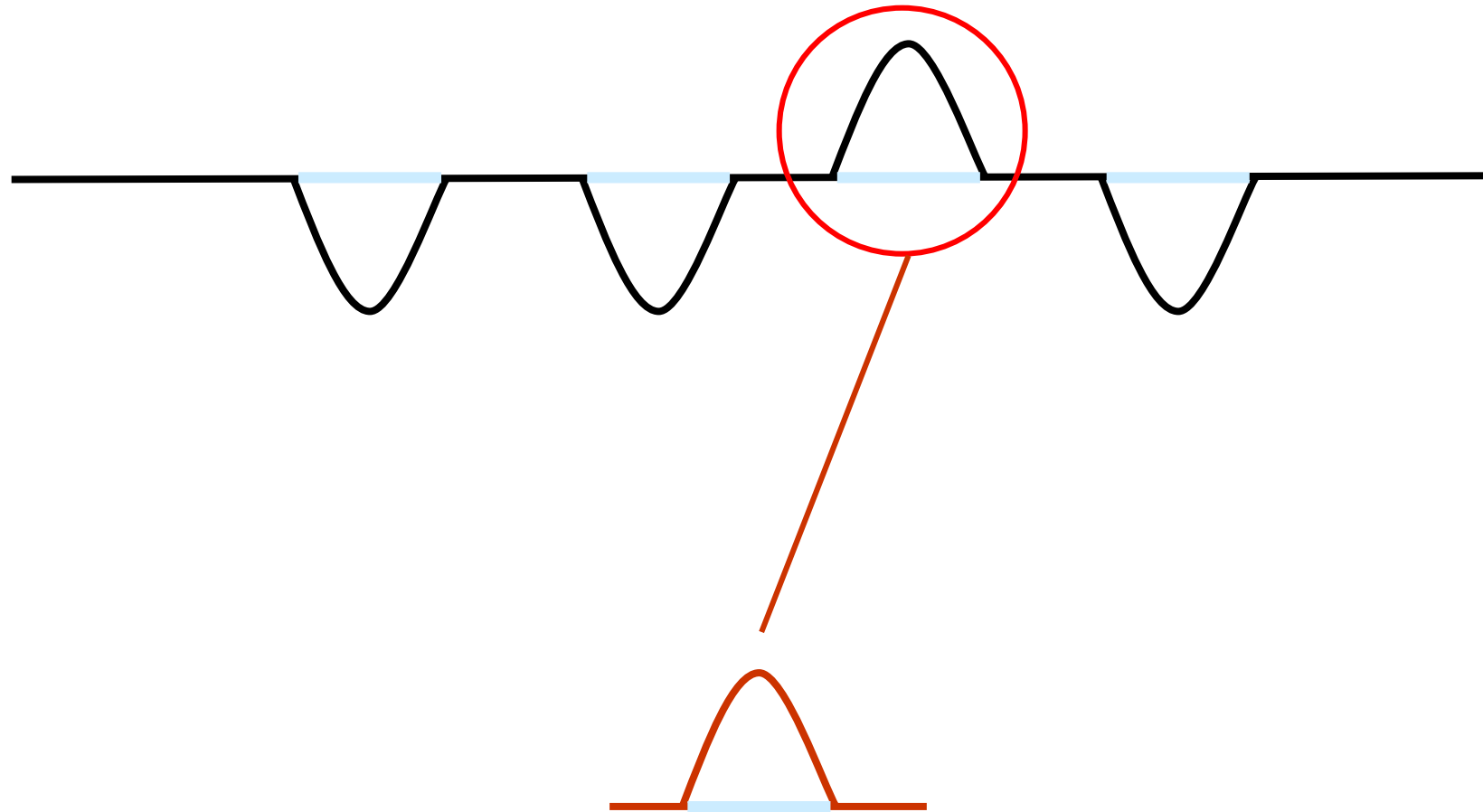


MEDIKAMENTÖSE THERAPIE DER BIPOLAREN STÖRUNG

Bipolar affektive Erkrankungen

- Drei therapeutische Herausforderungen -





akute Manie

- Betroffene oft hoch sensibel ggü. Begrenzung
- freundl.-verständnisvoll & konsequent begrenzen
- soziale Kontakte reduzieren
- keine Gruppenteilnahme (!)
- gesteigerte Aktivität in unschädliche Bahnen lenken (Sport, Kunsttherapie)
- Tag-Nacht-Rhythmus regulieren

Substanz

mehrere klassische NL

Lithium

Valproinsäure

Carbamazepin

Clozapin

Olanzapin

Ziprasidon

Quetiapin

Risperidon

Asenapin

Aripiprazol

Benzodiazepine

EKT

Status

zugelassen

zugelassen

zugelassen

div. Studien, aber nicht zugel.

nicht zugelassen

zugelassen

zugelassen

zugelassen

zugelassen

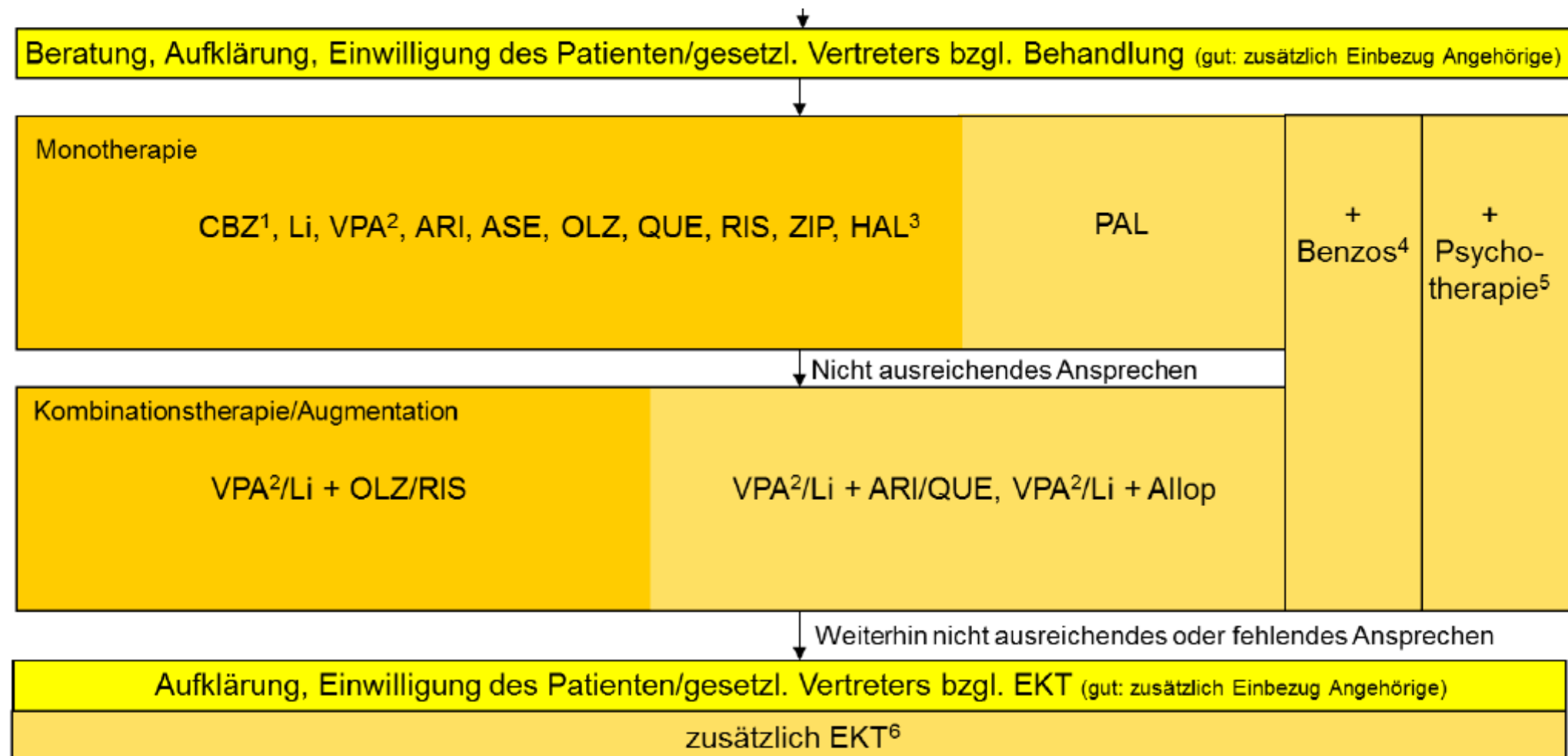
zugelassen

zugelassen

nicht zugelassen

nicht zugelassen

Pharmakotherapie der akuten Manie



¹Beachte hohes Interaktionsrisiko, ²Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ³im Rahmen einer Notfallsituation oder zur Kurzzeittherapie, ⁴zeitlich eng begrenzt, ⁵Kontakt halten, bei leichteren Phasen verhaltensnahe Maßnahmen, ⁶Empfehlungsgrad B für pharmakotherapieresistente Episode

Allop: Allopurinol, ASE: Asenapin, ARI: Aripiprazol, Benzos: Benzodiazepin, CBZ: Carbamazepin, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, HAL: Haloperidol, Li: Lithium, OLZ: Olanzapin, PAL: Paliperidon, QUE: Quetiapin, RIS: Risperidon, VPA: Valproat, ZIP: Ziprasidon

B
 0
 KKP
 Empfehlungsgrade: B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

TABLE 12 Hierarchical rankings of first and second-line treatments recommended for management of acute mania

	Level of evidence by phase of treatment					Considerations for treatment selection				
	Acute mania	Maintenance				Acute safety concerns	Tolerability concerns	Maintenance		
		Prevention of any mood episode	Prevention of mania	Prevention of depression	Acute depression			Safety concerns	Tolerability concerns	Risk of depressive switch
First-line treatments: Monotherapies										
Lithium	●	●	●	●	●	+	+	++	++	-
Quetiapine	●	●	●	●	●	+	++	++	++	-
Divalproex	●	●	●	●	●	-	+	++ ^a	+	-
Asenapine	●	●	●	●	n.d.	-	+	-	+	-
Aripiprazole	●	●	●	n.d. ^a	■	-	+	-	+	-
Paliperidone (>6 mg)	●	●	●	n.d. ^a	n.d.	-	+	+	++	-
Risperidone	●	●	●	n.d.	n.d.	-	+	+	++	-
Cariprazine	●	n.d.	n.d.	n.d.	●	-	+	-	-	-
First-line treatments: Combination therapies										
Quetiapine + Li/DVP	●	●	●	●	● ^c	+	++	+++	++	-
Aripiprazole + Li/DVP	●	●	●	n.d. ^b	●	+	+	++ ^a	++	-
Risperidone + Li/DVP	●	●	●	n.d.	●	+	++	+++ ^a	++	-
Asenapine + Li/DVP	●	●	●	n.d.	●	+	+	++ ^a	+	-
Second-line treatments: Combination therapies										
Olanzapine	●	●	●	●	● ^d	+	++	+++	++	-
Carbamazepine	●	●	●	●	●	++	+	++ ^a	++	-
Olanzapine + Li/DVP	●	●	●	●	n.d.	+	++	+++ ^a	++	-
Lithium + DVP	●	●	●	n.d.	n.d.	+	++	++	++	-
Ziprasidone	●	●	●	n.d.	■	++	++	++	+	-
Haloperidol	●	n.d.	●	■	n.d.	+	++	+++	++	++
ECT	●	●	●	●	●	+	++	+	++	-

DVP, divalproex; ECT, electroconvulsive therapy; Li, lithium.

●, level 1 evidence; ●, level 2 evidence; ●, level 3 evidence; ●, level 4 evidence; ■, level 1 negative evidence; ■, level 2 negative evidence; ■, level 3 negative evidence; ■, level 4 negative evidence; n.d., no data; -Limited impact on treatment selection; +, minor impact on treatment selection; ++, moderate impact on treatment selection; +++, significant impact on treatment selection.

^aAlthough monotherapies are listed above combination therapies in the hierarchy, combination therapies may be indicated as the preferred choice in patients with previous history of partial response to monotherapy and in those with psychotic mania or in situations where rapid response is desirable.

^bDid not separate from placebo in those with index mania; no studies available in index depression.

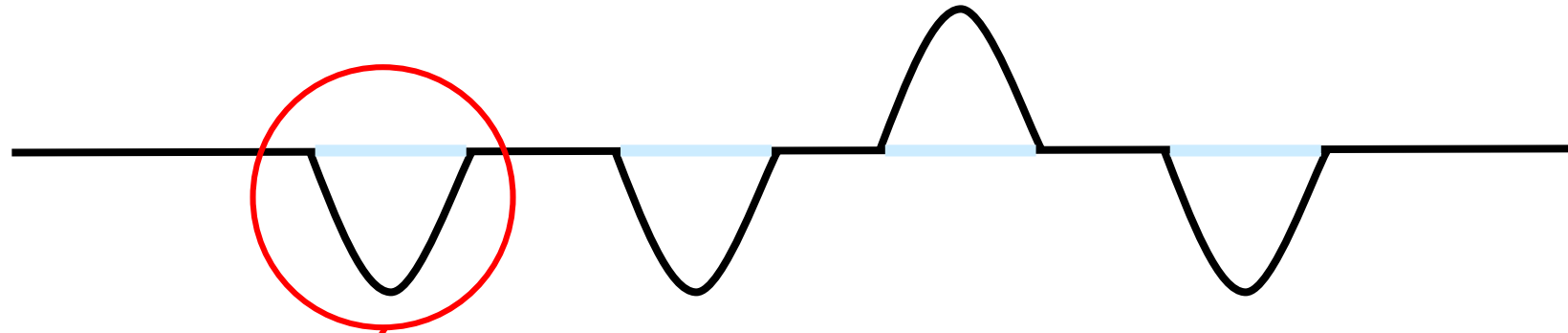
^cNo controlled trials; however, clinical experience suggests that it is a useful strategy.

^dDid not separate from placebo on core symptoms of depression.

^eDivalproex and carbamazepine should be used with caution in women of childbearing age.

[Colour table can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder
Yatham et al. *Bipolar Disorder*



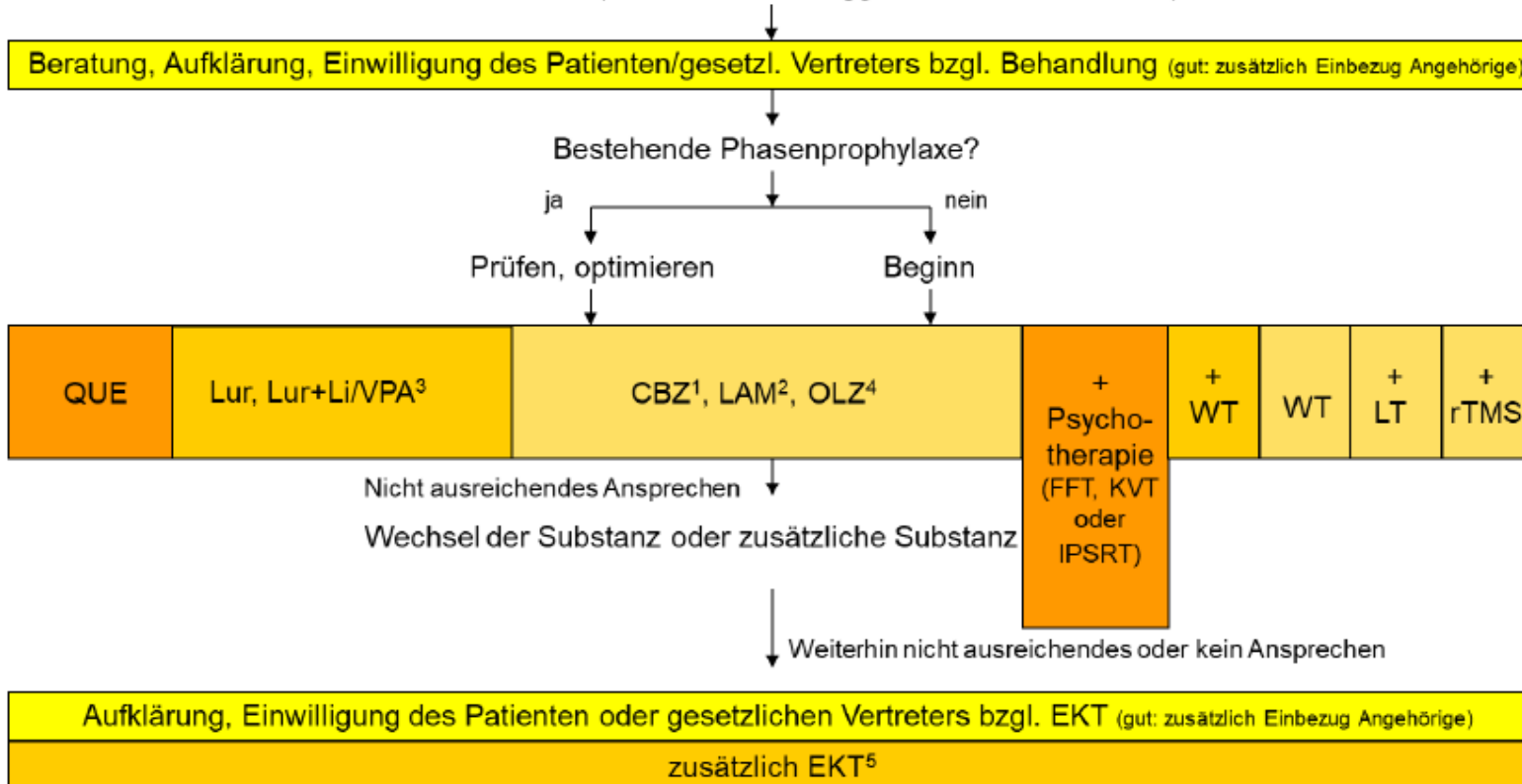
akute bipolare
Depression

- häufig der Lebenszeit dominierende Pol der Erkrankung
- geringe Evidenzlage im Vergleich zur unipolaren Depression
- häufige Fehldiagnosen
 - BRIDGE-Studie: 31 % der Unipolar Depressiven mit Hinweisen auf Bipolare Störung

Phasenspezifische Therapie der bipolaren Depression

Die Schattierung entspricht dem Empfehlungsgrad (Legende rechts unten). Die Wirkstoffe sind innerhalb einer Empfehlungsgrad-Stufe alphabetisch geordnet.

Schutzmaßnahmen (für Patienten und ggf. für andere Personen)



A
 B
 0
 KKP
 Empfehlungsgrade: A, B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

¹Beachte hohes Interaktionsrisiko, ²Beachte Erfordernis langsame Aufdosierung, ³Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ⁴Evidenz für Überlegenheit der Kombination mit Fluoxetin ist spärlich, ⁵Grad B bei therapieresistenten Episoden, KKP in lebensbedrohlichen Situationen

CBZ: Carbamazepin, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, FFT: familienfokussierte Therapie, IPSRT: interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, KVT: kognitive Verhaltenstherapie, LAM: Lamotrigin, Li: Lithium, LT: Lichttherapie, Lur: Lurasidon, OLZ: Olanzapin, QUE: Quetiapin, rTMS: Repetitive Transkranielle Magnetstimulation, VPA: Valproat, WT: Wachtherapie

TABLE 14 Hierarchical rankings of first and second-line treatments recommended for management of acute bipolar I depression

	Level of evidence by phase of treatment					Considerations for treatment selection				
	Acute depression	Maintenance			Acute mania	Acute		Maintenance		Risk of manic/hypomanic switch
		Prevention of any mood episode	Prevention of depression	Prevention of mania		Safety concerns	Tolerability concerns	Safety concerns	Tolerability concerns	
First-line treatments										
Quetiapine	●	●	●	●	●	+	++	++	++	-
Lurasidone + Li/DVP	●	● ^a	● ^b	● ^c	n.d.	+	++	++ ^d	++/+	-
Lithium	●	●	●	●	●	+	+	++	++	-
Lamotrigine	●	●	●	●	■	++	-	-	-	-
Lurasidone	●	●	●	●	n.d.	-	+	-	+	-
Lamotrigine (adj)	●	●	●	●	■	++	+	++	++	-
Second-line treatments										
Divalproex	●	●	●	●	●	-	+	++ ^d	+	-
SSRIs/bupropion (adj)	●	n.d.	●	n.d.	n.d.	-	+	-	+	+
ECT	●	●	●	●	●	+	++	+	++	-
Cariprazine	●	n.d.	n.d.	n.d.	●	-	+	-	-	-
Olanzapine-fluoxetine	●	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	+	++	+++	+	+

adj, adjunctive; DVP, divalproex; ECT, electroconvulsive therapy; Li, lithium, SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors.

●, level 1 evidence; ●, level 2 evidence; ●, level 3 evidence; ●, level 4 evidence; ■, level 1 negative evidence; ■, level 2 negative evidence; ■, level 3 negative evidence; ■, level 4 negative evidence; n.d., no data; -, limited impact on treatment selection; +, minor impact on treatment selection; ++, moderate impact on treatment selection; +++, significant impact on treatment selection.

^aTrend for superiority on the primary efficacy measure, hence the lower rating.

^bEffective in those with an index episode of depression.

^cNegative data from the trial are probably due to methodological issues; rating based on expert opinion.

^dDivalproex and carbamazepine should be used with caution in women of child bearing age.

[Colour table can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Trizyklika

Reboxetin

Venlafaxin

Duloxetin

Mirtazapin

MAO-I

Fluoxetin

Paroxetin

Fluvoxamin

Sertralin

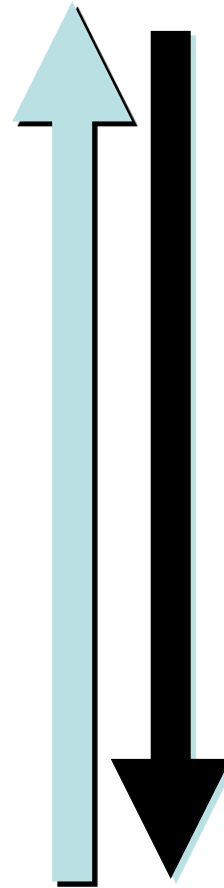
Bupropion

Citalopram/Escitalopram

Antidepressiva ja oder nein?

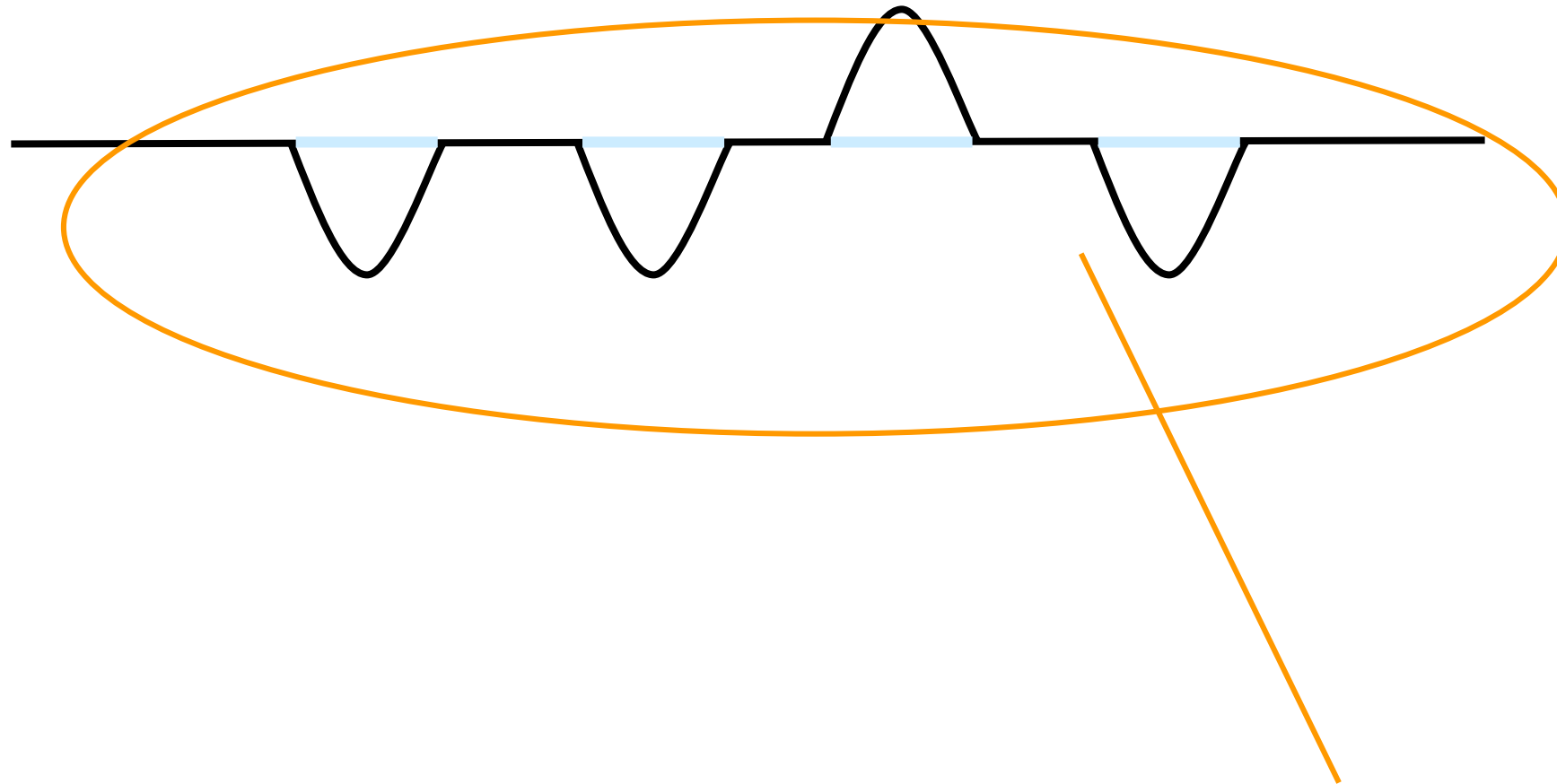
Switchrisiko

Einige Forscher vertreten die Meinung, die Fähigkeit eines Antidepressivums, einen Switch auszulösen, sei ein Indikator für seine Wirksamkeit bei bipolarer Depression (z.B. Jules Angst, 2008; Eduard Vieta, 2008)



Antidepressiva

- Trizyklika
- Reboxetin
- Venlafaxin
- Duloxetin
- Mirtazapin
- MAO-I
- Fluoxetin
- Paroxetin
- Fluvoxamin
- Sertralin
- Bupropion
- Citalopram/Escitalopram

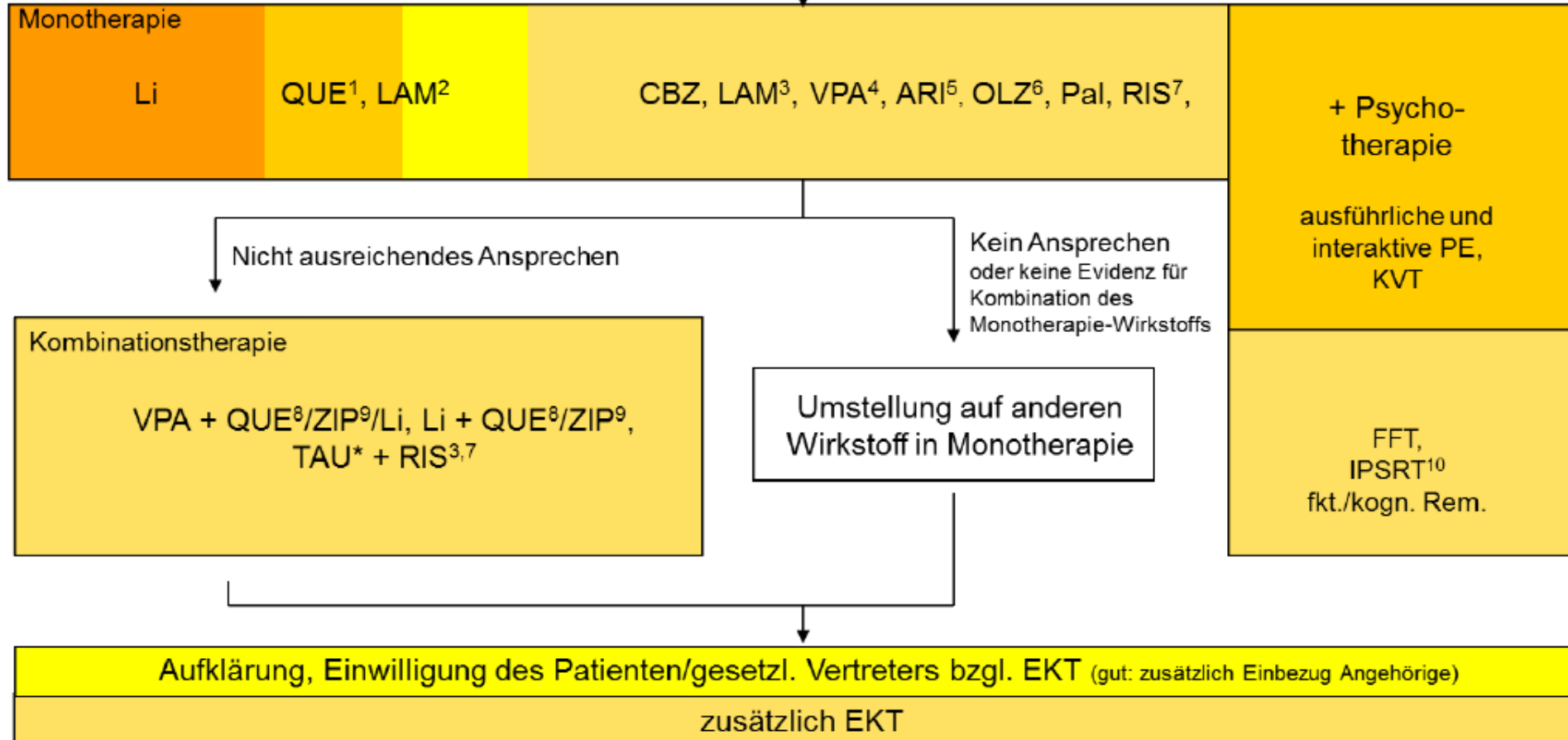


Phasenprophylaxe

Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen

Die Schattierung entspricht dem Empfehlungsgrad (Legende rechts unten). Die Wirkstoffe sind innerhalb einer Empfehlungsgrad-Stufe alphabetisch geordnet.

Beratung, Aufklärung, Einwilligung des Patienten/gesetzl. Vertreters bzgl. Behandlung (gut: zusätzlich Einbezug Angehörige)



¹ bei Pat., die unter Quetiapin eine Remission erfahren und die Substanz gut tolerierten, ² gegen depr. E. bei Ansprechen in Akutphase, KKP für Einsatz gegen depressive Episoden auch ohne Ansprechen in Akutphase, ³ bei Rapid Cycling, ⁴ Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ⁵ gegen manische Episoden bei Ansprechen in Manie, ⁶ bei Ansprechen in Manie, ⁷ Depotpräparat, bei Ansprechen in Akutphase, ⁸ bei Ansprechen auf diese Kombination in Akutbehandlung, ⁹ bei Ansprechen auf ZIP in Manie, ¹⁰ bei Beginn in akuter Phase und längerfristiger Planung, * Behandlung wie üblich: jede Monotherapie und Kombination von Antidepressiva Stimmungsstabilisierer und Anxiolytika erlaubt

Empfehlungsgrade: A B 0 KKP

- Wahrscheinlichkeit für Rückfälle sinkt
- Risiko für Suizidalität sinkt
- Lebenserwartung steigt
- Kognitive Einschränkungen können abnehmen
- Lebensqualität?

- Was Patient*innen fürchten:
 - Emotionale Veränderungen
 - Kognitive Einschränkungen (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit)
 - Gewichtszunahme
 - Sexuelle Funktionsstörungen
- Grundproblem:
 - Was gut antimanisch/antipsychotisch wirkt,
kann depressogen wirken
 - Was gut antidepressiv wirkt,
kann propsychotisch wirken

PSYCHOTHERAPIE DER BIPOLAREN STÖRUNG

- Kognitive Verhaltenstherapie
- Metakognitives Training
- Familienfokussierte Therapie

Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie = heilsame Interaktion?

- Leitlinien: Bipolare Patienten sollten zur Rückfallverhinderung eine Psychotherapie zusätzlich zur medikamentösen Behandlung machen
- Versorgungsrealität: Nur etwa 25% bipolarer Patienten erhalten Psychotherapie
- nur extrem selten findet ein aktiver Austausch zwischen dem behandelnden Psychiater/Psychotherapeut statt

Manie

Beratung, Aufklärung, Einwilligung des Patienten/gesetzl. Vertreters bzgl. Behandlung (gut: zusätzlich Einbezug Angehörige)

Monotherapie	CBZ ¹ , Li, VPA ² , ARI, ASE, OLZ, QUE, RIS, ZIP, HAL ³	PAL	+ Benzos ⁴	+ Psycho- therapie ⁵
--------------	--	-----	--------------------------	---------------------------------------

↓ Nicht ausreichendes Ansprechen

Kombinationstherapie/Augmentation	VPA ² /Li + OLZ/RIS	VPA ² /Li + ARI/QUE, VPA ² /Li + Allop		
-----------------------------------	--------------------------------	--	--	--

↓ Weiterhin nicht ausreichendes oder fehlendes Ansprechen

Aufklärung, Einwilligung des Patienten/gesetzl. Vertreters bzgl. EKT (gut: zusätzlich Einbezug Angehörige)

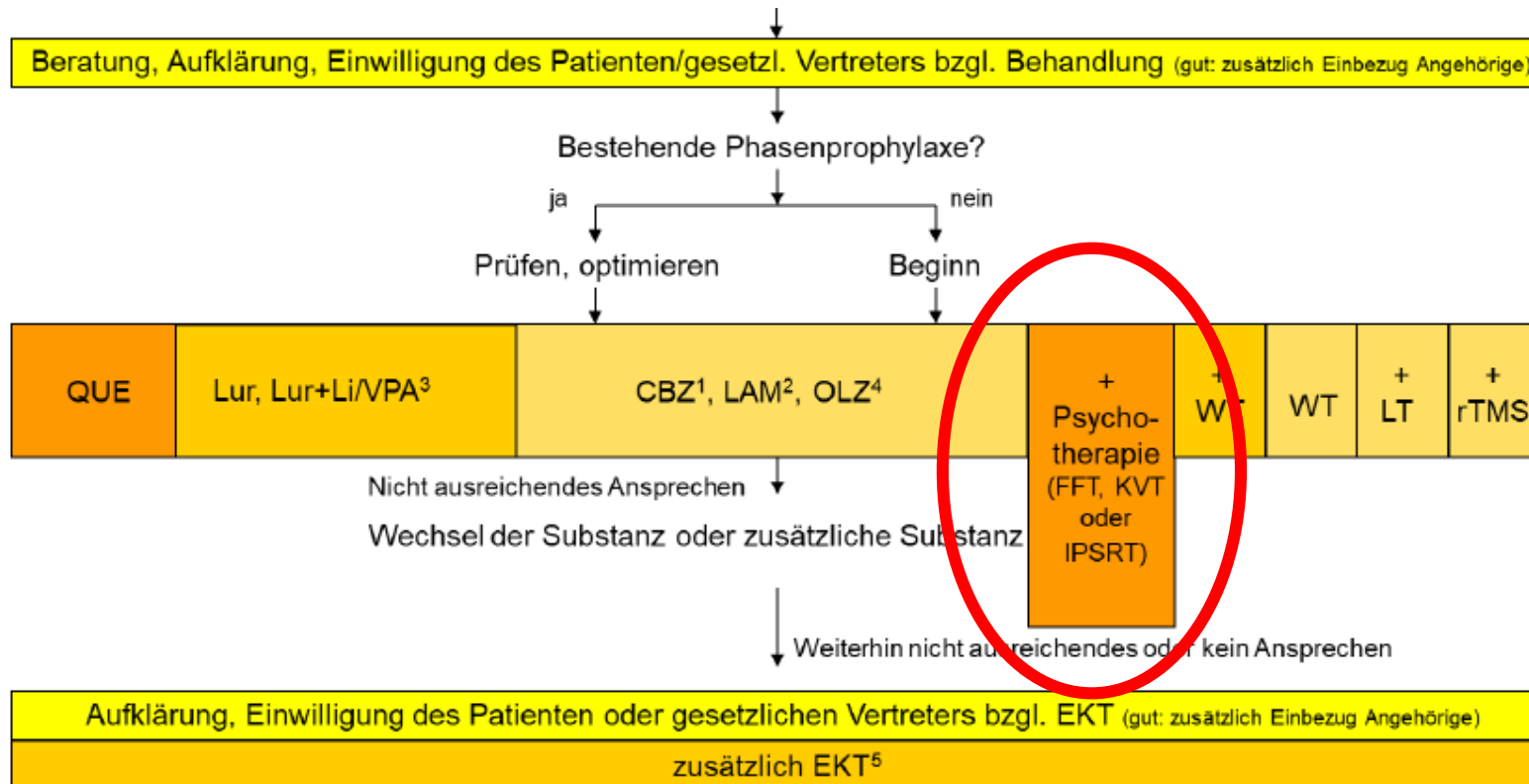
zusätzlich EKT⁶

¹Beachte hohes Interaktionsrisiko, ²Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ³im Rahmen einer Notfallsituation oder zur Kurzzeittherapie, ⁴zeitlich eng begrenzt, ⁵Kontakt halten, bei leichteren Phasen verhaltensnahe Maßnahmen, ⁶Empfehlungsgrad B für pharmakotherapieresistente Episode

Allop: Allopurinol, ASE: Asenapin, ARI: Aripiprazol, Benzos: Benzodiazepin, CBZ: Carbamazepin, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, HAL: Haloperidol, Li: Lithium, OLZ: Olanzapin, PAL: Paliperidon, QUE: Quetiapin, RIS: Risperidon, VPA: Valproat, ZIP: Ziprasidon

 B  0  KKP
Empfehlungsgrade: B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

Depression

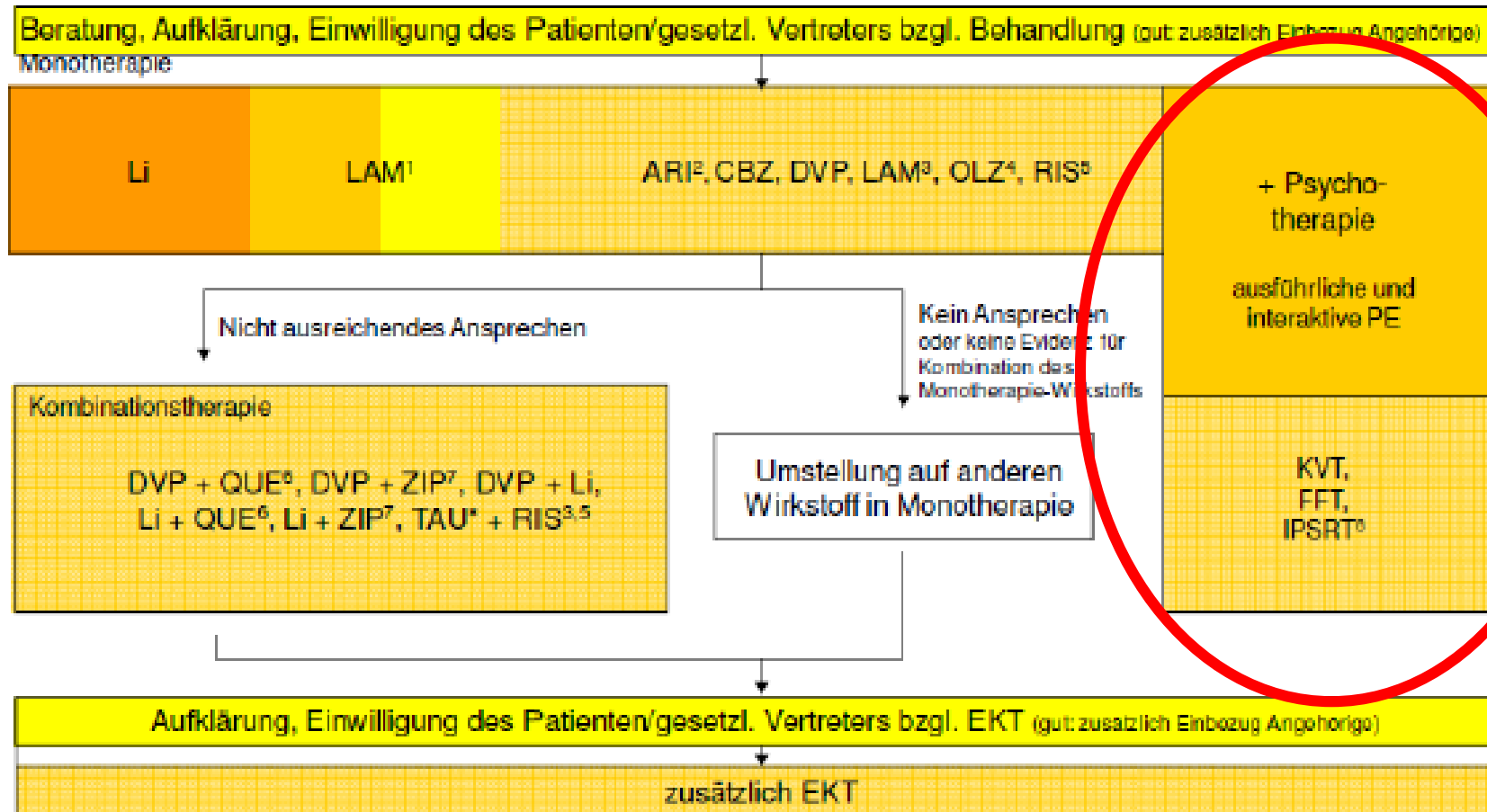


■ A ■ B ■ 0 ■ KKP
Empfehlungsgrade: A, B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

¹Beachte hohes Interaktionsrisiko, ²Beachte Erfordernis langsame Aufdosierung, ³Vorsicht: gilt nicht für Frauen im gebärfähigen Alter, ⁴Evidenz für Überlegenheit der Kombination mit Fluoxetin ist spärlich, ⁵Grad B bei therapieresistenten Episoden, KKP in lebensbedrohlichen Situationen

CBZ: Carbamazepin, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, FFT: familienfokussierte Therapie, IPSRT: interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, KVT: kognitive Verhaltenstherapie, LAM: Lamotrigin, Li: Lithium, LT: Lichttherapie, Lur: Lurasidon, OLZ: Olanzapin, QUE: Quetiapin, rTMS: Repetitive Transkranielle Magnetstimulation, VPA: Valproat, WT: Wachtherapie

Phasenprophylaxe



¹gegen depr. E. bei Ansprechen in Akutphase, KKP für Einsatz gegen depressive Episoden auch ohne Ansprechen in Akutphase, ²gegen manische Episoden bei Ansprechen in Manie, ³bei Rapid Cycling, ⁴bei Ansprechen in Manie, ⁵Doppraparate, bei Ansprechen in Akutphase, ⁶bei Ansprechen auf diese Kombination in Akutbehandlung, ⁷bei Ansprechen auf ZIP in Manie, ⁸bei Beginn in akuter Phase und längerfristiger Planung, ⁹Behandlung wie üblich; jede Monotherapie und Kombination von Antidepressiva, Stimmungstabilisator und Antidlytika erlaubt

ARI: Aripiprazol, CBZ: Carbamazepin, DVP: Valproat, EKT: Elektrokonvulsionstherapie, FFT: familienfokussierte Therapie, IPSRT: interpersonelle und soziale Rhythmusstherapie, KVT: kognitive Verhaltenstherapie, LAM: Lamotrigin, Li: Lithium, OLZ: Olanzapin, PE: Psychoedukation, QUE: Quetiapin, RIS: Risperidon, ZIP: Ziprasidon

Empfehlungsgrade: A, B, 0, KKP (Klinischer Konsenspunkt)

Allgemeine Aufgaben von Psychotherapie bei bipolaren Störungen

akute depressive Phase:

- Überwindung der Depression

(hypo-)manische Phase:

- Deeskalierung
- Symptomreduktion

remittierter/ euthymer Zustand:

- Verhinderung neuer Krankheitsepisoden
- Erarbeitung eines angemessenen Umgangs mit Chronizität der bipolaren Erkrankung
- Vermittlung wichtiger Ressourcen

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

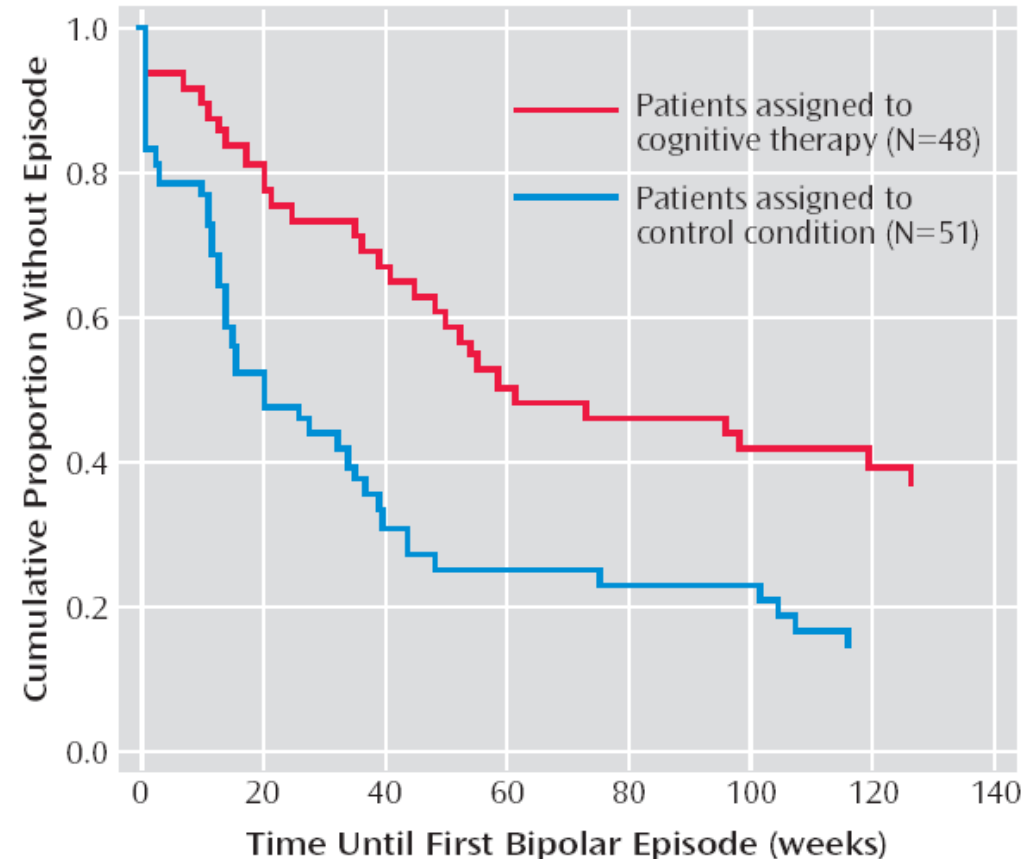
Therapiemanuale (Beispiel):



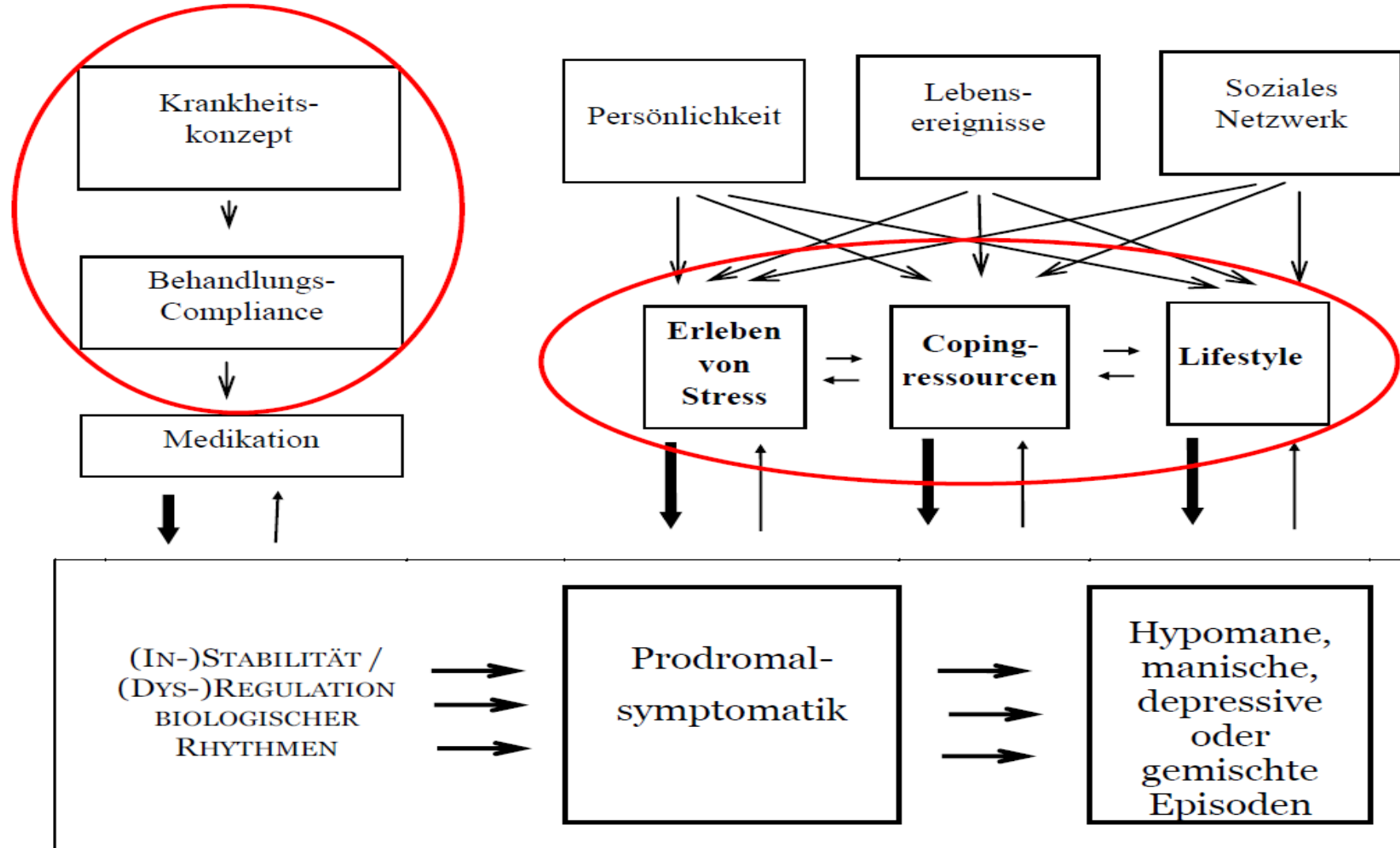
Was bringt KVT bei Menschen mit bipolaren Störungen?

Studie zum Vergleich
Kombinationsbehandlung vs.
Medikation allein

FIGURE 1. Time Until Relapse for Bipolar Disorder Patients Randomly Assigned to Treatment With Cognitive Therapy or a Control Condition



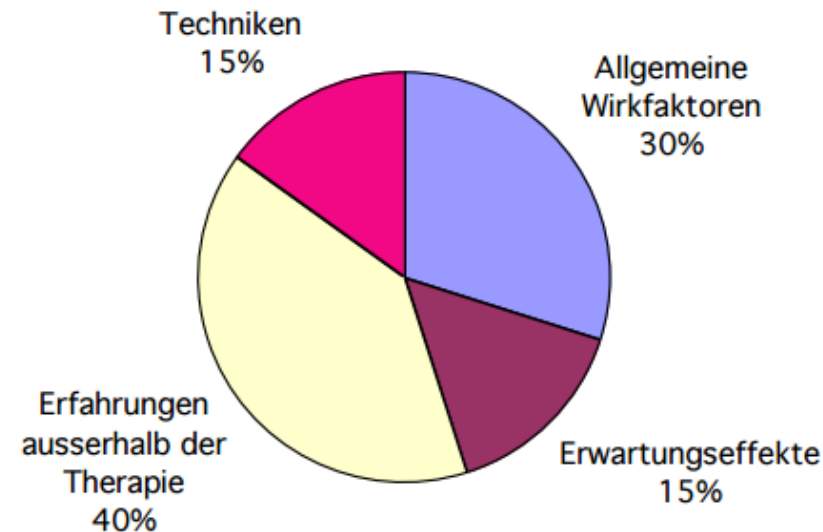
Worum bemüht sich Psychotherapie?



THERAPEUTISCHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR BETROFFENE UND BEHANDLERIN

- wechselhafte bzw. anfangs fehlende Motivation für Psychotherapie (hypomane/ manische Phasen nicht als behandlungsrelevant empfunden)
- Differenzierung von normalen Stimmungsschwankungen und Prodromalsymptomatik
- genauer Blick für Balance und Stabilität
- therapeutische Beziehung kann durch Krisen ernsthaft gefährdet werden
 - Festlegen von Regeln für therapeutische Zusammenarbeit (Krisenplan)

Anteil „unspezifischer Faktoren“ am Wirkerfolg von Psychotherapie



Therapieerfolg hängt stärker von der Therapiebeziehung und dem Therapeuten ab als von der Technik (Nocross, 2001)

Was ist eine „gute“ Therapiebeziehung?

Arbeitsbeziehung

Patient*in und Therapeut*in stimmen überein bzgl.

- Zielen
- Rahmenbedingungen
- Vorgehen

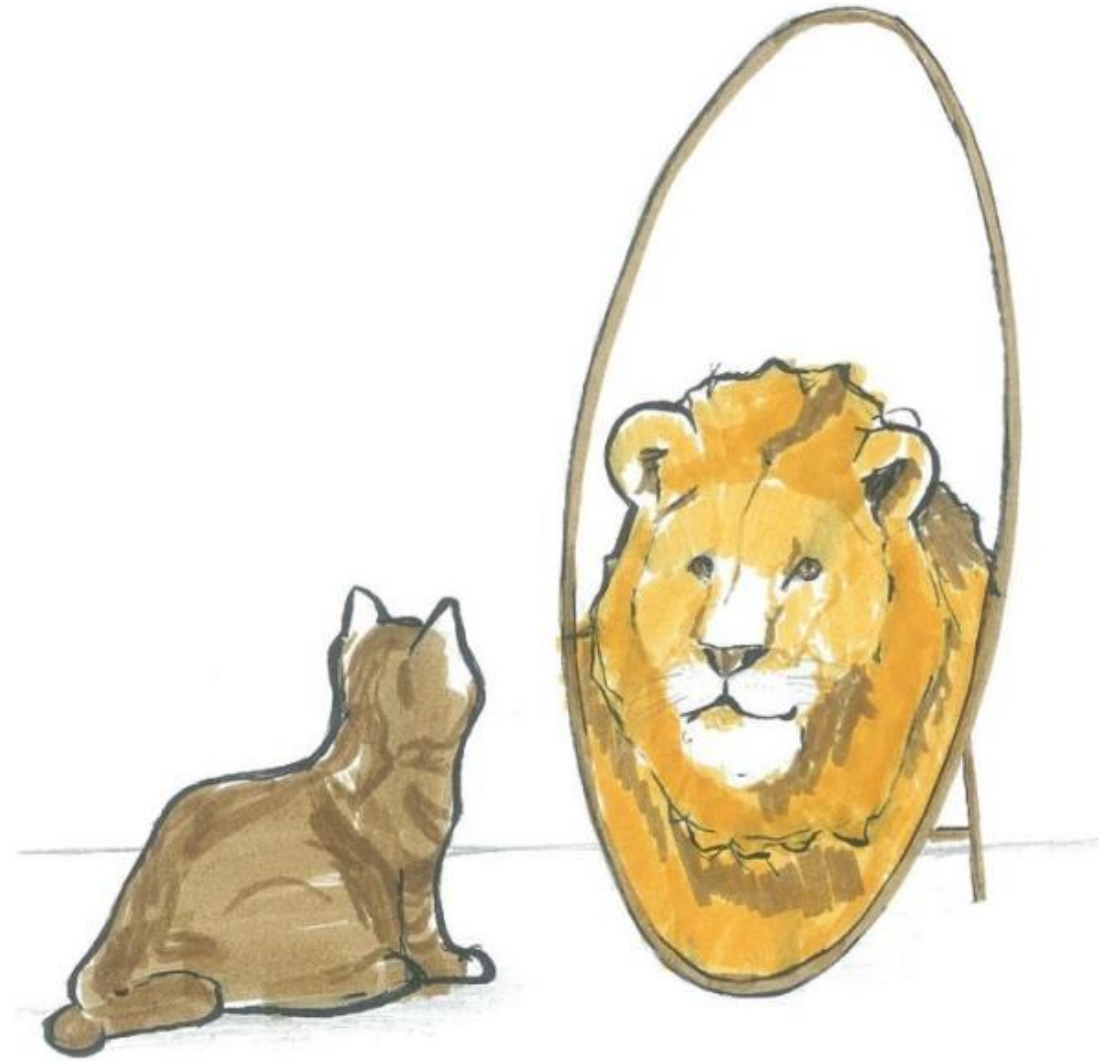
→ wichtige Bedingung für Anwendung von Techniken

Affektive Beziehung

- Empathie
 - Positive Wertschätzung
 - Echtheit
- (Rogers, 1951)

METAKOGNITIVES TRAINING

MKT bei BD : Was ist neu?



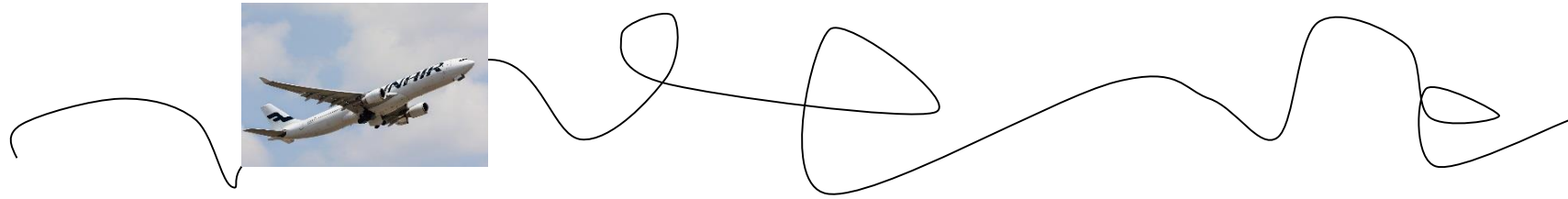
Inhaltlich werden die folgenden Themen behandelt:

- Modul 1: **Grübeln und Gedankenrasen**
Welchen Sinn macht es, über das Denken nachzudenken?
- Modul 2: **Zuschreibungsstil**
Wer ist verantwortlich dafür, dass etwas gelingt oder misslingt?
- Modul 3 & 4: **Denken und Schlussfolgern**
Geistige Filter, Verallgemeinerung, Perfektionismus und Abwehr von Positivem – welche Denkmuster sind bestimmend?
- Modul 5 & 6: **Soziale Kognition**
Wie nehmen wir die Gefühle, Gedanken und Absichten Anderer wahr?
- Modul 7: **Korrigierbarkeit/Voreiliges Schlussfolgern**
Wie flexibel sind wir, einmal getroffene Einschätzungen zu verändern?
- Modul 8: **Selbstwert**
Was (welche Gedanken) bestimmt unser Selbstwertgefühl?

Was ist Gedankenrasen?

???

Was ist Gedankenrasen?



vor allem in hypomanen oder manischen Episoden vorhanden

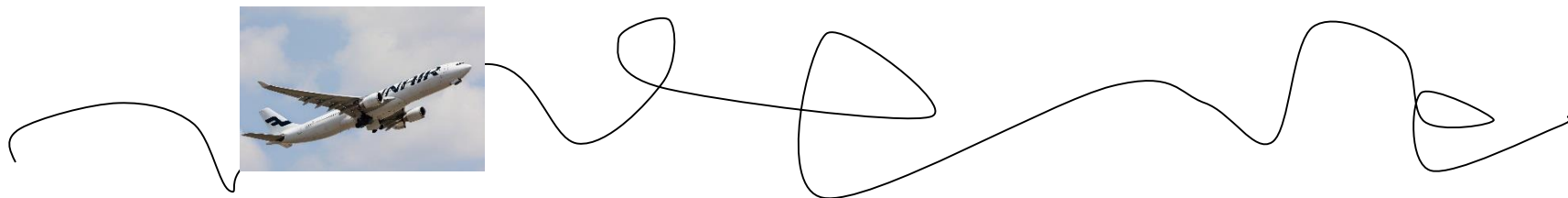
= Form des Nachdenkens, bei der die Gedanken häufig von einem Thema zum nächsten „springen“

- schnelle Themenwechsel, viele Einfälle, Gedanken werden nicht zu Ende gedacht
- häufige Inhalte: Ideen, Zukunftspläne, Veränderungen, Neuanfänge, Selbstwirksamkeit

Ist Gedankenrasen hilfreich?

Vorteile ???

Nachteile ???



Ist Gedankenrasen hilfreich?

Vorteile:

- kreative Einfälle und Ideen
- kann selbstwertsteigernd sein, sofern es sich um positive Inhalte handelt
- vermeidet die Auseinandersetzung mit Problemen

Nachteile ???

Ist Gedankenrasen hilfreich?

Vorteile:

- kreative Einfälle und Ideen
- kann selbstwertsteigernd sein, sofern es sich um positive Inhalte handelt
- vermeidet die Auseinandersetzung mit Problemen

Nachteile:

- Mitmenschen können oft nur schlecht folgen
- begünstigt Manie
- Wichtiges bleibt liegen
- Verfolgen von Zielen nicht mehr möglich

Was hat das mit Bipolaren Störungen zu tun?

Bei vielen Menschen mit Bipolaren Störungen besteht eine Neigung zu vermehrtem Gedankenrasen.

- durch Gedankenrasen kann sich das Befinden weiter verschlechtern
- Es kann zu zwischenmenschlichen Problemen führen
- der Alltag ist schwerer zu bewältigen

Kleines Experiment

Stellen Sie sich vor, Ihr Fahrrad hat einen Platten und Sie müssen den Reifen flicken. Zwei Tage später ist die Luft schon wieder raus.

Bitte versuchen Sie, Ihre **Gedanken** einen kurzen Moment laut **rasen** zu lassen!

Ausblick

Was haben die MKT-Trainingseinheiten gemeinsam?

Es ist wichtig, sich Zeit für die Bewertung einer Situation zu nehmen und dabei sich selbst, den Anderen und die Situation genau zu betrachten.

Wie können Sie im Alltag die Ruhe dafür finden?

Eine Grundvoraussetzung für die metakognitive Betrachtung einer Situation ist eine **achtsame Haltung!**

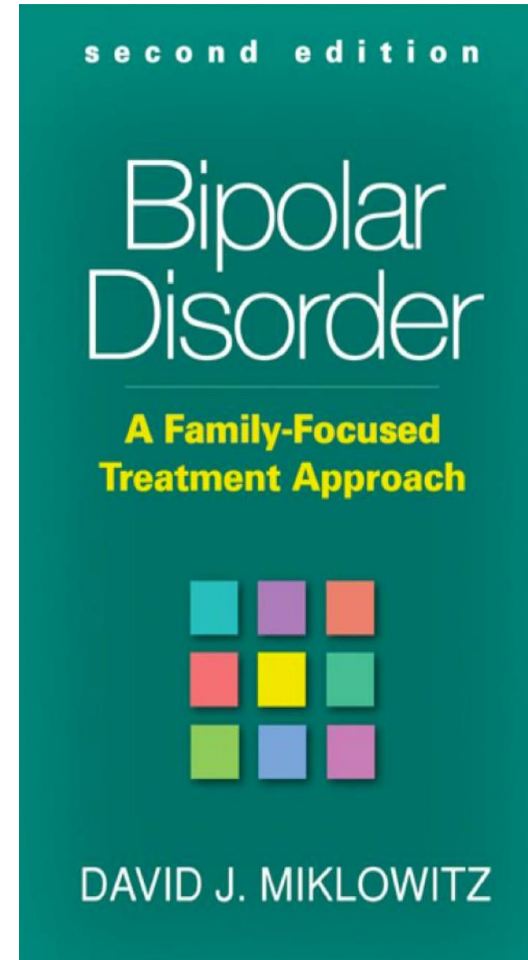
FAMILIENFOKUSSIERTE THERAPIE

Familientherapeutische Ansätze (Family-Focused Treatment, FFT)

Ziele:

- Verbesserung der Beziehungen und der Kommunikation in der Familie
- Verbesserte Aufklärung der Familie
- Entlastung der Familie
- Förderung von kompetentem Verhalten
- Förderung der Selbsthilfe
- Verbesserte Rückfallverhinderung

Therapiemanuale (Beispiele):



Drei Phasen der Familienfokussierten Therapie

- 1) Psychoedukation
- 2) Kommunikationstraining
- 3) Problemlösetraining

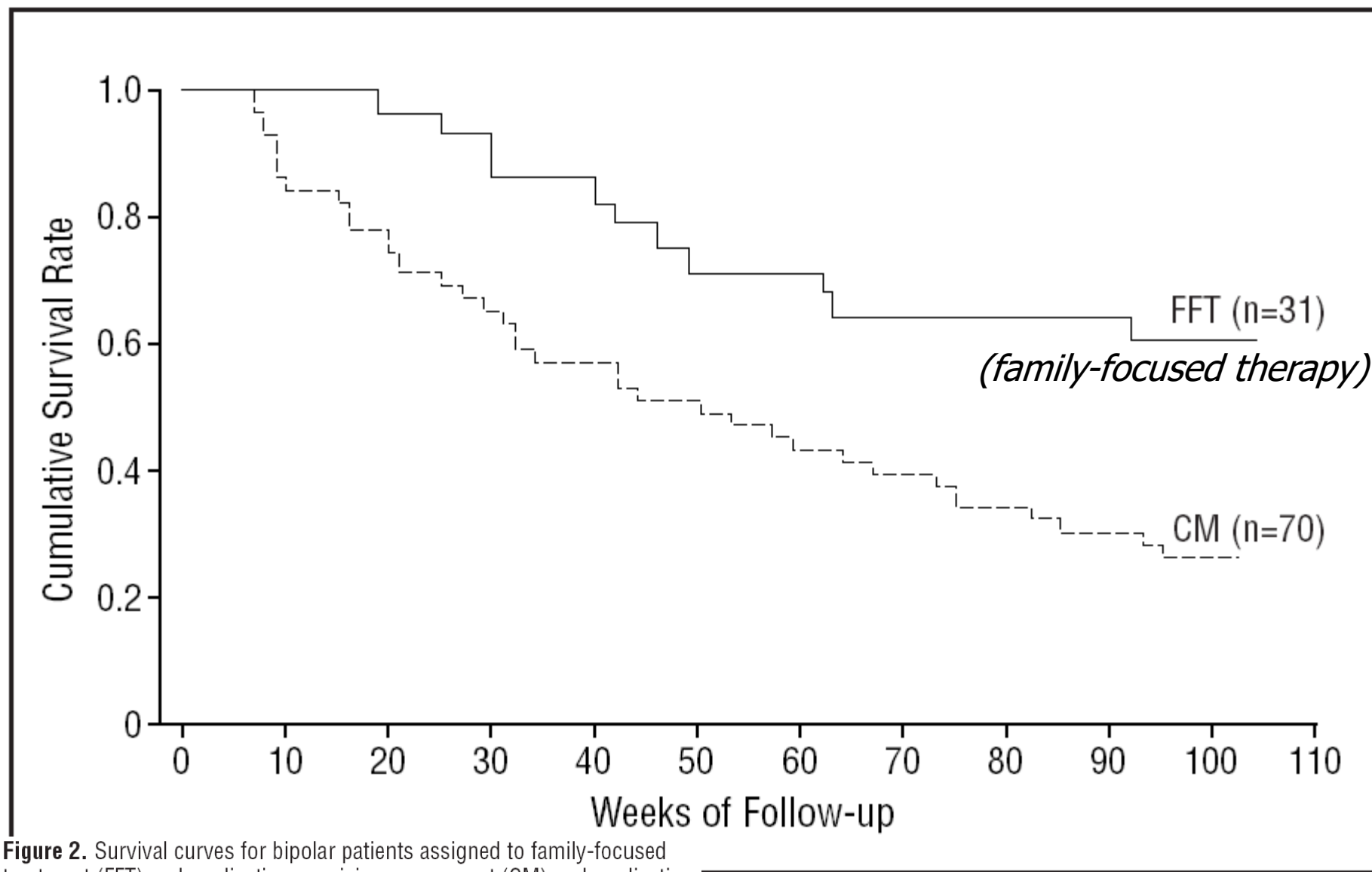


Figure 2. Survival curves for bipolar patients assigned to family-focused treatment (FFT) and medication or crisis management (CM) and medication (intent-to-treat analysis, N=101). The pretreatment assessment interval spanned weeks 0 to 4; the active period of psychosocial intervention, weeks 4 to 43; and the posttreatment follow-up interval, weeks 44 to 104. Comparison of the curves revealed that patients undergoing FFT had longer survival intervals without experiencing disease relapse than patients undergoing CM (Wilcoxon $\chi^2=8.71$, $P=.003$).

Miklowitz et al.,
Arch Gen Psychiatr 2003;60:904-12

Therapiezentrum für bipolare affektive Störungen Charité Universitätsmedizin Berlin

Stefanie Schreiter

Esther Quinlivan

Zahra Assadi

Mayra Dech

Antonie Schönleber

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Lena Jelinek

Franziska Miegel

Steffen Moritz

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!